THESE

DE

Galdino Cicero de Magalhães.

THESE

QUE DEVE SUSTENTAR

PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM NOVEMBRO DE 1871

PARA OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA

Galdino Cicero de Magalhães

Natural da mesma Provincia

Filho legitimo do Dr. Vicente Ferreira de Magalhães e D. Justina Maria de Magalhães.

Conserver la santé et guérir les maladies: tel est le problème que la médecine a posé dès son origine et dont elle poursuit encore la solution scientifique. (Cl. Bernard—Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.)

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1871

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho . . .	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho. . . .	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas .	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura.	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

. . . .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel . . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
Antonio Pacifico Pereira	
. . . .	
. . . .	Secção Medica.
. . . .	
Ramiro Affonso Monteiro.	
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão .	
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

SECÇÃO MEDICA

SYMPTOMAS FORNECIDOS PELA RESPIRAÇÃO

DISSERTAÇÃO

Medicus interpres et minister naturæ.

I

A respiração é a funcção da economia que tem por fim a transformação do sangue venoso em sangue arterial.

Esta importantissima transformação, sem a qual é impossivel a prolongação da vida, dá-se por intermedio do ar atmospherico.

Para preencher este fim, o ar introduzido, quer pelas fossas nazaes, quer pela cavidade buccal, no interior do pulmão, põe-se em contacto mediato com o sangue venoso, oxigena-o, e torna-o apto a vivificar e alimentar os orgãos.

É essa uma das funcções que mais rapidamente trazem a morte—quando suspensas.

Para que o trabalho respiratorio se preencha regularmente, é necessario que o ar modificado pela sua constante acção sobre o sangue venoso no seio do pulmão seja renovado.

Para esse fim duas correntes de ar se teem de estabelecer: a primeira,

que consiste na introducção, por meio de certos e determinados movimentos, do ar no pulmão, chama-se *inspiração*: a segunda, que consiste na expulsão desse mesmo ar modificado, constitue o que se chama *expiração.*

A inspiração é geralmente mais curta do que a expiração; no homem adulto, segundo experiencias de Sibson, *a inspiração está para a expiração :: 100 : 120;* podendo, porém, variar segundo as constituições, as idades, os sexos, os estados pathologicos, etc.

O numero total dos movimentos respiratorios é de dezoito á vinte por minuto.

O ar que tem de entrar pela inspiração e o que tem de sahir pela expiração produzem, pelo seu contacto e attrito nas paredes dos conductos aéreos e vesiculos pulmonares, um ruido brando, ligeiro e agradavel, comparavel ao de um folle, cuja valvula não produzisse ruido algum; ou ao que produz uma pessoa dormindo quietamente; ruido que se denomina *vesicular ou murmurio respiratorio.*

Esse murmurio vesicular é mais longo e perceptivel na inspiração do que na expiração, sendo a duração da inspiração menor do que a da expiração, a velocidade da corrente de ar é maior no primeiro tempo do que no segundo, por consequencia tambem o attrito.

Avalia-se geralmente que o ruido de inspiração é triplo em duração ao ruido da expiração.

O ruido vesicular não se deve confundir com o ruido de *movimento rotatorio*, que se attribue á contracção *fibrillar* dos musculos thoracicos; a permanencia do ruido rotatorio tira toda e qualquer illusão.

Se a respiração é ampla e rapida, em logar do murmurio brando e uniforme, percebe-se uma *crepitação* muito fina e muito numerosa; que não se mostra nas inspirações seguintes; crepitação que diz o Sr. Roger: « não será devida ao desenrugamento rapido das cellulas pulmonares? »

O ruido vesicular póde modificar-se segundo o ponto em que se o escuta; assim, se applicarmos o ouvido á parte correspondente á *trachéa-arteria* ouviremos nos dous tempos da respiração um murmurio mais intenso e mais rude; que se chama ruido respiratorio *trachéal:* se applicarmos nos pontos visinhos dos grossos bronchios ouviremos um ruido, que differe um pouco do vesicular, devido ao attrito do ar nos grossos tubos bronchicos, e que se denomina *sôpro bronchico*: no proprio larynge o murmurio ainda varia, assemelha-se á especie de sôpro que determina-

ria o ar, entrando em uma cavidade mais larga; sua rudeza toma um caracter cavernôso muito apreciavel, e que constitue o ruido respiratorio *laryngêo.*

Agora que temos esboçado em traços largos a parte physiologica do ponto necessaria para o estudo da parte pathologica, entraremos na apreciação dos diversos symptomas que se manifestão na respiração em seus movimentos alternativos de inspiração e de expiração.

II

Toda mudança apreciavel aos sentidos sobrevinda em qualquer orgão ou funcção, e ligada á existencia de uma molestia, é um *symptoma.*

Não devemos confundir o *symptoma* com o *signal* e nem com o *phenomeno*: o symptoma é parte inherente á molestia; está á ella ligado e sem ella não ha symptoma; é na eloquente phrase de um vulto scientifico: « o grito de dôr do orgão que soffre. »

Quando um individuo se apresenta victima de affecções morbidas, grande e variado é o numero de symptomas que nos offerece a respiração.

Estudaremos nos movimentos alternativos de inspiração e de expiração as seguintes modificações relativas: á frequencia desses movimentos; á sua velocidade; á quantidade do ar inspirado e expirado; á difficuldade da respiração; á suas desigualdades; ao ruido que a acompanha; á qualidade do ar expirado, e aos ruidos que a acompanhão e são fornecidos pela auscultação, percussão e agitação do thorax.

A frequencia dos movimentos respiratorios.—A respiração *frequente* é aquella, cujos movimentos respiratorios, em um tempo dado, excedem aos mesmos no estado normal, denunciando a sua apparição symptoma de molestia extensa ou grave do *coração* e do *pulmão.* A respiração é *rara* quando, em um tempo dado, os movimentos de inspiração e de expiração são em muito menor numero do que no estado normal, denunciando a sua apparição molestias do apparelho *cerebro-espinhal.*

A velocidade dos movimentos respiratorios.—A respiração é *apressada* quando os movimentos de inspiração e expiração se executão com rapidez. A respiração é *lenta* quando esses mesmos movimentos se executão em condições oppostas.

Quasi em todas as molestias de que o thorax é a séde; a *frequencia e*

velocidade, a *raridade e lentidão* se apresentão conjunctamente. Molestias ha, porém, em que a velocidade se apresenta sem a frequencia, como na *pleurizia*; ou em que a respiração é veloz e rara como se observa algumas vezes na *agonia*.

A quantidade de ar inspirado e expirado.—Respiração *grande* é aquella em que a columna de ar que penetra no thorax á cada inspiração, é mais consideravel que no estado normal. Respiração *pequena* é aquella em que o volume do ar é menor que no estado normal, como na *pleurizia* e *peripneumonia*.

O volume de ar que penetra nos pulmões nem sempre está em relação com a dilatação do thorax; assim no *emphysema pulmonar* ha grande dilatação, e pequena quantidade de ar nos bronchios.

A quantidade de ar póde ainda não ser proporcional aos dous lados do pulmão; assim é que um derramamento *pleuritico* é um obstaculo á introducção do ar no pulmão, cuja *pleura* está affectada.

A difficuldade da respiração.—Chama-se *dyspnéa* a difficuldade da respiração; ella se apresenta sob diversas fórmas. Se os esforços que o doente faz para respirar não o obrigão a estar sentado, chama-se *dyspnéa laboriosa;* se os esforços para respirar o obrigão a estar sentado, chama-se *orthopnéa*; observa-se esta respiração nos estados adiantados das molestias organicas do *coração*, *hydrothorax duplo*, accessos de *asthma*, etc. Se á orthopnéa ajunta-se ameaça de suffocação, é o que se chama *dyspnéa suffocante*; se a dilatação do thorax é demorada pela dôr, é o que se chama *dyspnéa dolorosa*; como na *pleurizia*. Se o doente é obrigado a conservar-se sentado, como na *orthopnéa*; e ao mesmo tempo conserva o thorax dilatado, como na respiração *grande;* chama-se respiração *alta e sublime*. Se a difficuldade for até completa suspensão, chama-se *apnéa*.

A difficuldade da respiração apresenta-se umas vezes na inspiração e expiração; outras na expiração ou na inspiração: como se observa no *edêma da glote*, em que a expiração se dá com alguma liberdade, ao passo que a inspiração é muito demorada e laboriosa.

As desigualdades da respiração.—A respiração é *desigual* quando a columna de ar que penetra no thorax em um certo numero de inspirações successivas é sensivelmente desigual.

A respiração *irregular* é aquella em que os movimentos alternativos de inspiração e de expiração não são separados por intervallos eguaes.

A respiração *intermittente* é aquella em que o intervallo que vai da

ultima expiração para a inspiração seguinte é tão longo, que uma respiração inteira poderia dar-se nesse intervallo.

A respiração *interrompida* é aquella em que os movimentos inspiratorios e expiratorios não se fazem completos, succedendo-se com rapidez e não sendo separados por tempo de repouso.

A respiração *entre-cortada* é aquella em que a dilatação do thorax é produzida por movimentos inspiratorios successivos, e o estreitamento por movimentos expiratorios repetidos. Assemelha-se essa respiração a um individuo que chora; apresenta-se nas affecções *hystericas*, e no frio inicial das *febres intermittentes.*

A irregularidade da respiração considera-se como symptoma de affecções do *encephalo*, perturbações profundas da *innervação*, etc.

Os ruidos que acompanhão a respiração.—No estado pathologico a respiração póde ser *sibilante, suspirosa, luctuosa ou queixosa e stertorosa.*

A respiração *sibilante* é aquella que se faz acompanhar de um murmurio semelhante ao assobio, umas vezes na inspiração e expiração; outras vezes só na expiração ou na inspiração: elle é observado no *emphysêma pulmonar* elevado ao mais alto gráo, nos *tumores* que comprimem a *trachéa*, em algumas *anginas* e na *tosse convulsa.*

A respiração *suspirosa* é aquella que apresenta após uma longa inspiração uma expiração prompta, e acompanhada do ruido, que se denomina —*suspiro.*

A respiração *queixosa* é aquella que em cada expiração deixa perceber-se um *gemido*, servindo a sua apparição de symptoma nas *phlegmasias* do peito, e em algumas *febres graves.*

A respiração *stertorosa* é aquella que nos movimentos de inspiração e de expiração, apresenta um sôpro forte e vibrante; observa-se nas *apoplexias intensas* e no segundo estadio do *accesso epileptico.*

As qualidades do ar expirado.—No estado pathologico o ar expirado se acha modificado em relação ao seu *cheiro, temperatura, composição chimica.*

O ar expirado apresenta um *cheiro enjoativo* nas molestias *febris;* em certas affecções do *estomago* elle se apresenta *acido;* nas *febres biliosas e embaraço gastrico* elle é *nauzeoso e fetido*; na *gangrena do pulmão* elle é similhante ao cheiro do *cadaver em maceração;* na *apoplexia pulmonar* apresenta algumas vezes um *cheiro penetrante*, que precede muitas vezes a apparição do sangue nas materias expectoradas.

O halito se apresenta *ardente* nas febres inflammatorias; na cholera-morbus, nas affecções adynamicas, elle se apresenta *bastante frio.*

Se no estado physiologico muito se tem estudado a composição chimica do ar expirado, e as experiencias de Collard de Martigny, de Milne Edwards, Andral, Boussingault e outros teem concorrido para seu maior esclarecimento e conhecimento real; outro tanto não poderemos dizer do estudo do mesmo ar no estado pathologico.

As affirmativas de Nysten e Scharling não teem sido verificadas. John Davy e Rayer depois disserão que no periodo algido da cholera-morbus o ar sahia do pulmão sem ter soffrido alteração alguma, ou ao menos mudança apreciavel; mas as ultimas experiencias de Doyère não teem confirmado esse resultado, notando-se, apenas, haver diminuição da quantidade de *oxigenio* consummido, e do *acido carbonico* exhalado na expiração.

Symptomas fornecidos pela auscultação, percussão e agitação do thorax.— A auscultação é o meio mais poderoso que a medicina moderna possúe para o diagnostico de certas enfermidades; sem ella é impossivel o diagnostico differencial de certas lesões do *coração* e do *pulmão*; sem ella ainda é duvidoso o diagnostico de uma prenhez do quinto mez para o sexto.

O ruido que a respiração no estado pathologico offerece ao ouvido é brando e agradavel, podendo variar segundo a parte thoracica em que se escuta; em alguns individuos conserva-se na mesma força em que costuma apresentar-se na infancia; em outros, porém, elle não é sensivel senão nas inspirações rapidas; e nas expirações ora nada percebe-se, ora percebe-se um ligeiro murmurio de muito curta duração.

No estado pathologico esse ruido póde diminuir, cessar, augmentar, ser substituido por outros.

Respiração *fraca* é aquella em que o ruido vesicular se acha diminuido. Essa diminuição póde variar desde sua fraqueza até a desapparição quasi absoluta.

A fraqueza da respiração depende de duas ordens de causas que se apresentão, quer isoladas, quer reunidas: ou a fraqueza é devida á causas que se oppõem á sua perfeita transmissão; ou o murmurio respiratorio é produzido com intensidade menor. A diminuição depende no segundo caso de diversas condições: a diminuição do thorax em sua dilatação, obstaculos á passagem do ar no larynge e nos bronchios e a menor permea-

bilidade das vesiculas pulmonares. No primeiro caso: a existencia de um corpo solido ou liquido que se opponha á livre transmissão, tendo o ar de atravessar liquidos ou solidos de densidade diversa.

A fraqueza respiratoria é considerada como symptoma das seguintes affecções: derramamentos pouco consideraveis da *pleura*; depositos de *pseudo-membranas* espessas; a obstrucção parcial de um ou muitos *tubos bronchicos*; a *phthysica pulmonar* no primeiro grão; o *cancro do pulmão*; *aneurismas da aorta*, algumas vezes a *hyperthrophia* do *figado*, etc.

Respiração *silenciosa* chama-se aquella, em que o ouvido applicado sobre o thorax nada absolutamente ouve; essa ausencia de ruido pode ser geral, local, momentanea e permanente do mesmo modo que a fraqueza.

A impermeabilidade das cellulas pulmonares, obstaculos á passagem do ar nas vias aéreas, ou affastamento do pulmão recalcado para o interior do peito por um derramamento de liquidos ou gazes: taes são as causas que se apontão para a ausencia do ruido *vesicular*.

A ausencia do ruido *vesicular* é symptomatica das mesmas affecções, que as já apontadas para a respiração *fraca*, somente a sua observação denuncia lesões anatomicas mais pronunciadas.

A respiração *forte*, *pueril* ou *exagerada* é aquella em que o murmurio vesicular, sendo de uma intensidade maior do que o normal, conserva comtudo o caracter brando e agradavel da respiração natural. Essa respiração póde variar em relação á sua séde, extensão, occupando muitas vezes todo o lado do peito.

As causas que parecem determinal-a são as seguintes: a chegada de uma maior quantidade de ar no pulmão, a passagem mais rapida do fluido elastico nas vias aéreas e a dilatação de um maior numero de cellulas.

O valor diagnostico da respiração *supplementar* é de pouca importancia, apresenta-se como symptomatica de algumas *affecções*, mas não lhes indica a séde nem a natureza.

O ruido respiratorio póde, sob as influencias de lesões materiaes diversas, perder seu caracter brando e agradavel; e apresentar no seu timbre modificações que estejão em relação com esse novo estado dos orgãos.

Essas diversas modificações teem sido designadas pelos nomes de respiração *rude*, *bronchica*, *cavernosa* e *amphorica*.

O ruido respiratorio torna-se *rude* quando a membrana mucosa se acha, ou por um estado de seccura, ou por depositos mucosos que se estabele-

ção em sua superficie livre; menos lisa e menos polida: quando o pulmão, ou pelo amolgamento de suas vesiculas e induração do seu parenchyma; ou emfim por producções morbidas que se achem disseminadas em seu tecido, tem perdido sua flexibilidade.

Apresenta-se esse ruido como symptoma da *bronchite*, em certos casos de *emphysêma pulmonar*, na *phthysica incipiente*, no começo e no periodo de *resolução* de certas *pneumonias*, e finalmente em todos os casos onde houver *induração pulmonar*.

A respiração *tubular ou bronchica* assemelha-se ao ruido que se produz quando aspiramos e sopramos na mão fechada em fórma de tubo, em um cylindro de papel, ou em um stethoscopio; assemelhando-se tanto mais quanto com mais força sopramos.

A condição principal para a producção do *sôpro bronchico* é o augmento de densidade do pulmão pela compressão de suas partes mais molles, e pela induração de seu tecido com conservação do calibre dos bronchios. Em consequencia disto as vesiculas pulmonares achão-se obliteradas, o ruido vesicular abolido, e o *ruido dos bronchios* é o unico percebido.

O alargamento dos bronchios tambem influe na producção do *sôpro bronchico*, quer pelo alargamento de seu diametro, quer pela condensação do tecido circumvisinho.

A respiração bronchica póde ser ouvida em um grande numero de lesões morbidas da *pleura*, dos *bronchios*, e principalmente do *parenchyma pulmonar*: ella se apresenta na *hepatisação pulmonar*, na agglomeração consideravel de materias *tuberculosas*, nas *apoplexias pulmonares extensas*, em alguns *edêmas do pulmão*, nos *derramamentos liquidos da pleura*, na dilatação uniforme dos *bronchios*, etc.

A respiração *cavernosa* é o ruido que se produz na respiração, similhante ao que se dá soprando em um espaço ouco.

A respiração *cavernosa* tem logar quando existe uma cavidade no pulmão que communica com os bronchios, e quando essa cavidade não está completamente cheia de liquidos. O ar, atravessando os bronchios, produz durante a inspiração e a expiração um ruido na abertura de communicação, o qual, reflectindo-se nas paredes da excavação, a faz entrar em vibração.

A respiração *cavernosa* é symptomatica da *dilatação em empôla de um bronchio* bastante volumoso e das diversas *excavações pulmonares*.

Laennec chamou *sôpro encuberto* á uma especie de respiração que se

passa em uma excavação pulmonar, que á cada vibração da voz, tosse ou respiração agita uma especie de véo movel interposto entre a cavidade e o ouvido do observador.

Este phenomeno, que se observa nas cavernas *tuberculosas*, *delgadas*, e que não adherem ao peito; nos *abcessos do pulmão* ainda cercados de uma induração inflammatoria, e algumas vezes nos *bronchios dilatados*, não tem o valor semeiotico que lhe quiz dar Laennec, podendo sem grandes inconvenientes ser confundido com as outras diversidades dos *sôpros bronchico e cavernoso*.

A respiração *amphorica* é um ruido resonante e metallico, que se pode imitar, soprando em uma amphora ou em uma garrafa de gargálo estreito e paredes resonantes.

A respiração *amphorica* liga-se á existencia de uma cavidade formada pela pleura ou contida no pulmão, encerrando uma quantidade notavelmente distincta de fluido aériforme, e communicando com os bronchios. Ella resulta da vibração que a columna de ar inspirado e expirado imprime ao fluido aériforme nella contido, e do retinnido que a columna de ar produz na cavidade, ao atravessar os bronchios e principalmente na abertura fistulosa.

O *sôpro amphorico* denuncia a presença de uma excavação *pulmonar muito vasta*, e de um derramamento gazôso *na pleura com perforação do pulmão*.

A auscultação do peito, além dos meios de reconhecer as diversas mudanças do murmurio respiratorio, ainda offerece ao observador os meios de apreciar os diversos ruidos produzidos ordinariamente pela passagem do ar atravez os liquidos contidos nos bronchios.

Laennec denominou á esses ruidos *fervôres*; e classificou-os da seguinte maneira: *crepitante*, *sub-crepitante*, *mucoso*, *cavernôso*, *sonoro ou roncante e sibilante*.

O *fervôr crepitante* dá ao ouvido a sensação de uma crepitação fina, similhante a do sal que se faz decrepitar em uma caldeira, ou mesmo lançando-o no fogo; similhante ao attrito de cabellos seccos entre os dêdos, da sêda ou despedaçamento de um pedaço de tafetá. Consiste em bôlhas pequenas, eguaes entre si, seccas e ordinariamente muito numerosas. Nota-se-o na *pneumonia*, em certas formas de *congestão pulmonar*, no *edêma* e na *apoplexia do pulmão*. Elle é produzido pela passagem do ar atravez as vesiculas pulmonares.

O *fervôr sub-crepitante* consiste em bôlhas mais grossas, desiguaes, humidas, menos numerosas, e mais distinctas durante a inspiração do que a expiração. Tem-se-o comparado ao ruido que produz-se soprando na agua de sabão com um canudinho. Elle forma-se quando existem liquidos. taes como—sangue, pús e mucosidades nos bronchios; e quando o ar, atravessando, produz bôlhas, durante a inspiração e a expiração.

O fervôr sub-crepitante póde ser ouvido em um grande numero de molestias, como a *bronchite* em seu segundo periodo, as diversas especies de *catharros da membrana mucosa pulmonar*, a dilatação dos *bronchios com supersecreção*, a *phthysica* em começo da *fusão dos tuberculos*, etc.

O fervôr *mucoso* é similhante ao ruido que se ouve na parte posterior da bocca dos individuos que agonisão: é produzido pela passagem do ar atravez os escarros contidos na trachéa, nos bronchios, ou nas cavidades ulcerosas que succedem á fusão dos tuberculos.

É constituido por bôlhas mais grossas, mais humidas e geralmente mais desiguaes que as que constituem o fervôr sub-crepitante.

Nos individuos atacados do *catharro pulmonar*, e nas *phthysicas* em um ou muitos pontos do peito, observa-se esse *fervôr*.

Fervôr *cavernôso* é aquelle que apresenta um ruido parecido ao que determina a agitação de um liquido misturado á bôlhas de ar. Este fervôr é constituido por bôlhas pouco numerosas, grossas e desiguaes; manifesta-se durante a inspiração ou expiração, e frequentemente em ambas.

Para que o *fervôr cavernôso* se produza é necessario a presença de uma caverna ou de muitas cavidades, que contenhão ao mesmo tempo gaz e liquido; que não sejão inteiramente cheias; e que communiquem largamente com os bronchios.

O phenomeno dá-se quando o ar inspirado e expirado atravessa os liquidos, formando bôlhas que quebrão-se com ruido; ou segundo a theoria de Castelnau « quando nas cavernas vão retinir fervôres humidos que se dão nos orificios de communicação. »

O *fervôr cavernôso ou gargarêjo* é indicador de *caverna pulmonar* communicando com os bronchios, e de dilatação *bronchica em empôla*; algumas vezes de *fóco purulento da pleura*, de um *abcesso prevertebral*, e de um *abcesso do figado* largamente abertos nos conductos aéreos.

O *fervôr sonoro, secco ou roncante* é um som mais ou menos grave, similhante ao ruido do que dorme roncando; algumas vezes muito ruidoso,

similhante ao som que produz uma corda de rabecão, que se esfrega com o dedo.

O fervôr sibilante consiste em um assobio musical mais ou menos agudo, continuo ou intermittente; ou em um ruido analogo ao grito dos passarinhos.

Esses dous ultimos *fervôres* são observados na *phlegmasia dos bronchios*, *catharros* agudos e chronicos dos mesmos, molestias *typhoides*, *emphysêma pulmonar*.

Chama-se *tinnido metallico* uma especie de ruido diverso do *fervôr*, e que se observa pela auscultação durante os movimentos respiratorios, a tosse e a voz. Esse ruido argentino, ora é só, inteiramente analogo ao que se produziria lançando um grão de areia em um vaso de metal; ora é multiplo, semelhante ao que produziria a quéda de caroços de chumbo em um vaso de arame.

Para que se observe o *tinnido metallico* é necessario a presença de uma grande cavidade, a presença de gazes e o mais ordinariamente de liquidos em seo interior, em communicação quasi sempre com os bronchios.

Multiplas teem sido as investigações, e variadas as explicações que se tem procurado dar d'esse phenomeno. Laennec attribuia o *tinnido metallico*: « á resonancia do ar agitado pela respiração, voz ou tosse na superficie do liquido que se acha na caverna, ou á quéda de uma gôta de liquido cahindo do vertice da cavidade no liquido accumulado na parte mais declive. » Raciborski attribue o mesmo phenomeno « ao retintim que se effectua entre as moleculas do liquido abalado contido em um vaso de paredes sonoras e cheio em grande parte do ar, » Dance, contestando a opinião de Laennec, propoz a seguinte explicação: « o liquido derramado na pleura, elevando o seu nivel até a abertura fistulosa, e ultrapassando-a; uma certa quantidade de ar insinua-se, atravez da fistula, durante a acção de tussir, fallar e respirar, sob o derramamento; atravessa-o e vem quebrar-se na sua superficie produzindo o tinnido metallico. » Castelnau concluio de uma serie de experiencias que « o tinnido metallico não é outra cousa mais do que um fervôr cavernôso ou mucoso retinindo em uma cavidade espaçosa, por intermedio de uma communicação estabelecida entre esta cavidade e os bronchios. »

Numerosas e variadas são as opiniões que, fóra d'essas, teem sido

emittidas por diversos praticos; mas, se cada uma d'ellas é applicavel á um certo numero de factos, nenhuma é applicavel á todos.

Poderemos de todos estes trabalhos e investigações tirar a seguinte conclusão: o mechanismo da producção do *tinnido metallico* varía segundo a lesão anatomo-pathologica que o produz.

O *tinnido metallico* denuncía a existencia de uma *caverna pulmonar* muito grande, de um *pneumo-thorax*, de um *hydro-pneumo-thorax* com ou sem perforação fistulosa dos *bronchios.*

Além dos diversos ruidos que temos observado, outros ainda se denuncião que são devidos ao attrito das superficies sorósas umas contra outras. Laennec designava esses ruidos sob o nome de *murmurio ascendente e murmurio descendente.*

Quando falsas membranas mais ou menos duras e desiguaes se apresentão na superficie das pleuras, o seu attrito nos movimentos respiratorios produz diversos ruidos que varião segundo a dureza e desigualdade d'essas falsas membranas. Assim podemos ouvir um ruido do attrito mais ou menos rude, de *pergaminho machucado,* de *raspa,* ou de *couro novo* que curvassemos em sentido opposto.

Esses ruidos se observão na *pleurizia,* em alguns casos de *tuberculos da pleura,* e em algumas outras alterações organicas dessa membrana.

A auscultação da voz fornece ao observador um certo numero de phenomenos muito uteis para o diagnostico das molestias thoracicas.

Se no estado physiologico a auscultação da voz deixa perceber um estrepito mais ou menos intenso, segundo a parte do thorax em que se ausculta; diverso é o resultado, se a auscultação for no estado pathologico. Nessas condições o retinnido da voz soffre importantes modificações, elle póde diminuir, cessar completamente, ou ser substituido por outros phenomenos sob o nome de *bronchophonia*, *egophonia* e *pectoriloquia.*

A vibração natural das paredes thoracicas diminue na *hepatisação pulmonar;* nos derramamentos *pleuriticos* ella cessa completamente.

A *bronchophonia* é um retinnido mais ou menos ruidoso e diffuso da voz, que se ouve no peito, similhante ao que se observa escutando o larynge de um individuo que falla.

O maior alargamento no diametro dos pequenos bronchios, a impermeabilidade das vesiculas pulmonares, e o augmento da densidade do pulmão são as causas de sua manifestação; que será tanto mais intensa,

quanto uma ou todas estas circumstancias reunidas influirem. Ella tem quasi a mesma significação morbida que a *bronchica respiração.*

A *egophonia* é uma resonancia particular da voz, aspera, tremula e sacudida como o *berro da cabra* e apresentando variedades segundo a parte em que se a escuta. Ora parece que o doente falla com um dado entre os dentes e os labios, ou que o som é transmittido por um porta-voz; ora apresenta-se uma especie de gaguice nazal, que Laennec designou sob o nome de *voz de Polichinelli.*

A *egophonia* attribue-se á resonancia da voz atravez os bronchios comprimidos, e a sua transmissão por uma camada delgada e tremula de liquidos.

Bem que a presença de liquidos pareça condição indispensavel para a sua producção todavia factos ha, em que se tem observado esse phenomeno sem a presença de liquidos.

A *egophonia* costuma ser percebida nos derramamentos das *pleuras, hydrothorax*, etc.

A *pectoriloquia* é a resonancia não da voz, mas da propria palavra atravez o ouvido ou canal central do stethoscopio. Laennec dividio a *pectoriloquia* em perfeita, imperfeita e duvidosa. A primeira é a que tem um grande valor diagnostico, confundindo-se as outras duas mais ou menos com a *bronchophonia*, e o retinnido natural da voz.

Para a producção da *pectoriloquia* perfeita é necessario uma cavidade aberta no pulmão, bem circumscripta, da grandeza de uma noz ou de um pequeno ovo de gallinha, superficial, com paredes um pouco solidas e que não se amolgão; é de necessidade ainda, que a caverna seja quasi vasia, e que communique largamente com os bronchios.

A *pectoriloquia* é denunciadora de uma dilatação *bronchica* em *empôla*, ou de uma caverna *pulmonar* resultante de fusões tuberculosas.

Existe ainda uma resonancia da voz, que se produz nas mesmas condições e identicas circumstancias da respiração *amphorica,* a qual se tem denominado *amphorica.*

A auscultação da tosse tambem nos offerece diversos ruidos que podemos classificar nas tres seguintes variedades; *tosse bronchica*, *tosse cavernosa, tosse amphorica.*

A tosse *bronchica* que se apresenta, quando a respiração e voz são tambem bronchicas; dá ao ouvido a sensação de uma columna de ar atravessando com ruido, força e rapidez, tubos de paredes solidas. Sua

causa e significação pathologica são as mesmas que as da *respiração bronchica.*

A tosse *cavernosa* consiste em um retinnido mais forte e mais ouco do que o da tosse normal. Apresenta-se nos casos de respiração *cavernosa* e algumas vezes sem ella. As causas que a produzem, são similhantes ás da respiração *cavernosa;* e por consequencia, sua significação é a mesma.

A tosse *amphorica* consiste em um retinnido metallico muito pronunciado e que se imita, tossindo atravez o gargálo de uma bilha vasia.

Essa produz-se sempre que ha respiração *amphorica*; e a sua significação pathologica é a mesma da respiração *amphorica.*

A percussão do thorax fornece só, ou como auxiliar da auscultação, um grande numero de symptomas. O som claro e sonoro, que deixa perceber a auscultação do thorax no estado normal, pode ser augmentado, diminuido, totalmente obscuro.

O som torna-se mais claro quando uma grande quantidade de ar se acha dentro do peito. A percussão de uma caverna superficial e inteiramente vasia tambem dá um som claro; mas, se ella contiver um pouco de liquido, e as paredes thoracicas delgadas e elasticas, observa-se um ruido que se tem chamado de *póte rachado.*

O som apresenta-se mais obscuro nas *congestões pulmonares*, *pneumonia* no primeiro grão, derramamentos pequenos de liquido, etc.

Apresenta-se completamente obscuro no *endurecimento pulmonar*, nos casos de *tumor* solido desenvolvido no peito, derramamentos consideraveis com *recalcamento do pulmão.*

A elasticidade particular do thorax que se observa percutindo, desapparece nos sons obscuros, dando logar á uma sensação de rudeza e resistencia.

A agitação thoracica é um meio de exploração pelo qual procuramos apreciar a deslocação dos liquidos e gazes contidos na cavidade do thorax.

Apresenta essa agitação um ruido semelhante ao que produz o balanço de um liquido contido em uma garrafa incompletamente cheia, Esse ruido, que nunca se observa no *hydrothorax simples*, é o signal pathognomonico do *hydro-pneumo-thorax.*

III

Phenomenos respiratorios.—Tendo estudado os symptomas fornecidos pelos movimentos alternativos de inspiração e expiração, passemos agora a estudar alguns phenomenos respiratorios.

Riso.—O *riso* consiste em expirações resonantes e sacudidas, accompanhadas de expansão da physionomia: elle se apresenta no estado pathologico em consequencia de ideias que occupão o espirito, como no *delirio das molestias agudas e alienação mental;* ou como perturbação especial do *systema nervoso*, como *na hysteria.*

Nos individuos que estão sob a acção d'emoções penosas, elle se apresenta involuntariamente, constituindo o que se chama *riso tolo.*

Bocêjo.—O *bocêjo* consiste em uma inspiração lenta e prolongada, accompanhada do desvio das maxillas; seguindo-se á inspiração, uma expiração, tambem lenta e graduada; e muitas vezes comflexão promta, depois extensão lenta e graduada principalmente dos membros pectoraes; chama-se á esse ultimo phenomeno *pandiculação.*

Sobrevem frequentemente no começo dos accessos de *febre intermittente* e no declinar dos *ataques de hysteria.*

Espirro.—O *espirro* consiste em uma expiração brusca e ruidosa, em que o ar contído nas vias aéreas inferiores sobe rapidamente, chocando-se nas fossas nazaes e expellindo as mucosidades que ahi encontra. Observa-se-o no *corysa*, e quasi sempre no primeiro periodo do *sarampo.*

Soluço.—O *soluço* consiste em uma contracção convulsiva do diaphragma, resonancia dos labios da glote, e estreitamento da mesma; prohibindo instantaneamente a entrada do ar na trachéa.

Este phenomeno geralmente apresenta-se em certas molestias denunciando a gravidade de seu prognostico, como na *peritonite*, *hernias estranguladas*, e nos casos de obstaculos á passagem das *materias estercoraes.*

Ronco.—O *ronco* consiste em uma resonancia particular, produzida no pharynge e parte posterior da bocca, e determinada pela vibração do véo do paladar. Elle é observado em certos casos de *dyspnéa,* durante o somno em alguns individuos; e quando liquidos obstruem a bocca e fossas nazaes.

Tosse.—A *tosse* consiste em expirações curtas, subitas e frequentes, nas quaes o ar passando subitamente pelos bronchios e a trachéa-arteria, produz um ruido particular.

Pode-se dividir a tosse em *idiopathica* e *sympathica*, *humida* e *sêcca*.

Idiopathica é aquella cujo agente provocador se acha em um ponto qualquer das vias aéreas.

Se a causa provocadora se acha acima da glote, chamma-se tosse *guttural;* se abaixo, chama-se *pectoral*.

Sympathica é aquella que depende da affecção d'uma viscera mais ou menos remota.

Chama-se *estomacál*, a que resulta d'uma lesão do estomago; *verminosa*, a que resulta da presença de vermes intestinaes; *hepatica*, a que é ligada á uma affecção do figado; *uterina*, a que é ligada á uma affecção do utero.

A tosse *humida* é aquella que se liga á presença de mucosidades nas vias aéreas, provocando ordinariamente sua expulsão. *Sêcca* é a que se encontra em condições oppostas.

Tosse de *accessos* é aquella que repete-se de modo, a haver cinco e seis expirações durante uma inspiração: observa-se na *tosse convulsa*, na *phthisica-pulmonar* e em alguns *catharros bronchicos:* se ao mesmo tempo é *sêcca* e *tenaz* chama-se *ferina*.

A tosse ainda apresenta variedades de rhythmo e de tom segundo as affecções; assim *cavernosa* no ultimo periodo da *phthisica pulmonar; enrouquecida e rude na phthisica laryngéa;* similhante ao *latido do cão* no *croup; rouca e ruidosa no sarampo.*

Expuição e expectoração.—A *expuição* consiste na expulsão das materias accumuladas na parte posterior da bocca pela tosse *guttural*.

A *expectoração* é a acção pela qual as materias contidas na trachéa-arteria e nos bronchios são expellidas.

Esta expulsão pode dar-se de tres maneiras: as materias contidas nos bronchios sendo em pequena quantidade, d'ahi tiradas pela tosse *pectoral*, levadas ao pharynge e expellidas: o pulmão, fortemente comprimido pelos musculos expiradores, transmitte essa compressão aos bronchios; o liquido que n'elles existe, escapa-se pela glote, sahe em abundancia pela boca e algumas vezes pelas narinas; é o que se chama *vomito de sangue*, vê-se-o em certas *hemoptysias*, *abcessos da pleura* que se abrem nas vias aéreas, etc.: o fluido é exhalado em pequena quantidade, sóbe

até o larynge e pharynge sem ter provocado a tosse, e d'ahi é lançado para fóra por uma simples *expuição*; observa-se esse ultimo modo de *expectoração* em algumas *hemoptysias:*

Chama-se *escarramento ou esputação* a acção pela qual as materias contidas na bocca são expellidas. Se essa expulsão é muito repetida, com pequena expulsão de materia, chama-se *cuspinhadura;* como na *prenhez, embaraço gastrico,* etc.

O *escarramento* pode ser facil ou laborioso, raro ou frequente, impossivel e muitas vezes accompanbado de dôr, como na *inflammação da lingoa.*

As materias que proveem de um ponto qualquer das vias aéreas, e são arremessadas pela bocca ordinariamente debaixo da forma liquida, chamão-se *escarros.* Os *escarros* apresentão differenças bastante notaveis, segundo as partes d'onde elles proveem.

Os *escarros* formados na bocca são claros e quasi sorosos, podem ser misturados com sangue ou pús proveniente das gengivas; são consistentes ou são opacos nas molestias agudas mais graves. Os *escarros* do isthmo da garganta ou do pharynge são claros, tenazes, algumas vezes misturados com sangue, pelliculas, pús e pequenos grumos cazeiformes fornecidos pelos follieulos das amygdalas. Os que o larynge e a trachéa fornecem são em geral pequenos e pouco abundantes.

Os *escarros* considerados em suas qualidades physicas apresentão diversas variedades, que distinguem-se por denominações particulares.

Os *escarros* brancos, claros e semelhantes á agoa, chamão-se *sorosos;* os de uma consistencia mais espessa, *mucosos;* os que adherem aos vasos, *viscosos;* os que são formados por uma mistura de sangue e de muco, *sanguinolentos;* os que conteem sangue puro, *sanguineos;* os que apresentão sangue em pequenas massas ou filètes, *manchados de sangue;* os que são misturados com bôlhas de ar, *espumosos;* os que conteem pús, *purulentos;* os que offerecem a apparencia de pús, *puriformes;* os que apresentão muitas d'essas substancias reunidas, chamão se *misturados.*

A *côr* tambem apresenta diversas variedades. Podem ser brancos, amarellos, vermelhos, esverdinhados, côr de ferrugem, pardos, negros, cinzentos; e apresentarem ao mesmo tempo diversidade de *côres.*

Quanto á *forma* podem ser *arredondados; estrellados* como na *febre typhoide; nummulares* ou similhantes á uma pequena moeda, como algumas vezes na *bronchite simples.*

A *consistencia* tambem é variavel: póde ser *aquosa*, similhante á uma dissolução de *gomma arabica*, á *albumina do ovo*, ao *visco*.

O *cheiro* é enfadonho; elle é *amoniacal*, *fetido* e *alliaceo* na *gangrena do pulmão*.

O *sabôr* é assucarado, amargo; mas geralmente o gôsto é devido aos *embôços* que cobrem a mucosa buccal e aos liquidos de que o doente faz uso.

Quanto á *temperatura* podem ser quentes ou frios, mas geralmente apresentão temperatura egual á do corpo.

Varião ainda quanto ao *volume*: apresentando-se em uns doentes, notaveis pela sua pequenêz, em outros pela sua extrema largura de trez á cinco centimetros de diametro.

A sua *quantidade* varía bastante: ha doentes que dão alguns *escarros* em cada *nychthemerio*, outros n'esse mesmo espaço de tempo escarrão extraordinariamente.

A inspecção dos *escarros* pode-nos revelar a sua origem, e affecção do orgão d'onde emanão.

Os escarros *serosos e espumosos* proveem da bocca e dos bronchios: no primeiro caso elles indicão uma affecção do *estomago*, *uma prenhez*, ou uma proxima erupção *pseudo-membranosa;* no segundo caso, um *catharro bronchico*, ou uma *bronchite*.

Os *escarros mucosos* resultão geralmente do larynge, pharynge e bronchios. Os que resultão do pharynge são em geral pegajósos, pouco ou nada arejados, transparentes, expellidos por expuição e com uma especie de esfôrço. Os que resultão do larynge são de ordinario de pequeno volume, sendo sua expulsão accompanhada de alteração da *voz*. Os que emanão dos bronchios teem um volume mais consideravel, fórma arredondada, côr variavel segundo a molestia e o seu periodo.

Os *escarros purulentos e puriformes* indicão a ulceração da mucosa das vias aéreas, a fusão dos *tuberculos*, a ruptura de *abcessos*, e a *gangrena do pulmão*.

O *sangue* lançado em abundancia pela bocca com esfôrço de tosse, provém ordinariamente dos bronchios; e, elle é indicador, quer da exhalação da mucosa em consequencia d'uma *hemorrhagia suppressa*, quer da presença de *tuberculos duros* ou *amollecidos*, ou finalmente da ruptúra d'um *tumor aneurismal* nas vias aéreas.

O *sangue* que se apresenta nos *escarros* póde denunciar as mesmas affecções morbidas, e algumas vezes lesões organicas do *coração.*

O *sangue* dado por *exputação* resulta da bocca, denuncia a abertura de um *abcesso* das *amygdalas*, pode resultar da lesão physica de algumas das partes componentes da bocca, e tambem da tumefacção *scorbutica das gengivas.*

O *sangue* que apresenta-se nos *escarros* debaixo da fórma de manchas ennegrecidas resulta das fossas nazaes; o que se mostra debaixo da fórma de *estrias*, depende dos esforços da *expectoração* ou *expuição* a que se entrega o doente na angina e nas inflammações catharraes.

Escarros viscosos, transparentes, corados uniformemente de vermelho, amarello ou verde; revelão a existencia de uma *pneumonia;* se são sórósos, avermelhados ou atrigueirados denuncião uma terminação—quasi fatal.

Os *escarros opacos*, vermelhos de uma côr de chocolate, parecendo serem uma mistura intima de pús e sangue, apresentão-se no ultimo periodo da *tuberculose.*

Os *escarros* algumas vezes são lançados de mistura com falsas membranas: essas pódem provir da bocca, das vias aéreas, do larynge, podendo ser discriminadas quer pela inspecção da bocca e garganta, quer pela fórma de que elles se revestem.

Elles pódem finalmente conter materias duras e concretas, taes como porções de *tartaro dentario*, fragmentos *osseos e petreos* desenvolvidos nos bronchios; restos de *tuberculos, hydatides,* etc.

SECÇÃO CIRURGICA

Asphyxia dos recem-nascidos, suas causas, forma, diagnostico, tratamento

PROPOSIÇÕES.

I.—A asphyxia é o resultado das funcções da hematose perturbadas pela suspensão mais ou menos completa dos movimentos respiratorios.

II.—A melhor classificação de asphyxia é a de Bouchut.

III.—Lesões mais ou menos importantes da circulação, innervação e respiração; são as causas mais communs da asphyxia.

IV.—As rupturas do cordão e da placenta com hemorrhagia abundante são pertencentes ás lesões da circulação.

V.—Compressão do encephalo por congestão, forceps e pelos estreitamentos da bacia são as lesões mais communs da innervação.

VI.—Acumulo de mucosidades na bocca, larynge e fossas nazaes; a compressão do cordão, a torsão e suas voltas em torno do pescoço do feto, pertencem ás lesões da respiração.

VII.—Pelle tumefeita, azulada, labios lividos, olhos salientes, lingua collada á abobada palatina, musculos duros e resistentes, cordão engorgitado de sangue: são os principaes symptomas da asphyxia apopletica.

VIII.—A pelle e as mucosas pallidas, a maxilla inferior pendente, pulsações do cordão umbillical quasi desapparecidas, batimentos do coração muito fracos: são os symptomas mais ordinarios da asphyxia simples.

IX.—A auscultação presta valiosos serviços no diagnostico da asphyxia.

X.—Fazer sangrar o cordão é a indicação primaria em uma asphyxia apopletica.

XI.—A sangria do cordão na asphyxia simples é inutil e perigosa.

XII.—Discordamos da opinião daquelles que mandão conservar o cordão intacto, na asphyxia simples.

XIII.—A irritação da mucosa nazal e buccal, a aspersão d'agua fria, os banhos simples ou com liquidos excitantes, as fricções sêccas ou com liquidos estimulantes como o vinagre, a cacháça, etc.; são meios que tambem devem ser empregados.

XIV.—A insufflação pulmonar convenientemente empregada é o recurso de que se tem tirado os mais gloriosos resultados.

SECÇÃO MEDICA

Quaes os meios preventivos da invasão da cholera-morbus e febre amarella?

PROPOSIÇÕES.

I.—A cholera-morbus asiatica é uma molestia infecto-contagiosa, caracterisada por um fluxo gastro-intestinal particular.

II.—Fóra de seu berço natal a cholera-morbus não é infectuosa.

III.—Os trabalhos da sciencia hodierna teem provado que a molestia transmitte-se de um individuo á outro pelas evacuações alvinas.

IV.—Os antigos cordões sanitarios e as rigorosas quarentenas são meios que devem ser empregados como preventivos da cholera-morbus.

V.—A remoção das materias vegetaes e animaes, a limpêza dos esgôtos, o aceio das habitações e principalmente a desinfecção das latrinas, são recursos de grande valor.

VI.—Não convém praticar a remoção das montureiras, nem a deseccação dos terrenos humidos, quando houver receio da eminencia de uma invasão.

VII.—A alimentação reparadora e sã, a ausencia de affecções moraes tristes, o aceio no vestuario, e este apropriado ás estações, a prohibição das fructas verdes e da dormida ao relento e sem cobertores, etc. são meios que offerecem serias garantias.

VIII.—O accumulo de individuos em logares baixos, humidos, mal ventilados e onde pouca ou nenhuma luz penetra, deve ser expressamente prohibido.

IX.—Os lazaretos arredados dos centros populosos, e construidos segundo as regras hygienicas, devem ser aconselhados.

X.—A febre amarella é uma pyrexia propria de certos climas quentes, caracterisada especialmente por uma côr icterica da pelle e vomitos negros.

XI.—O contagio da febre amarella não se acha satisfactoriamente provado.

XII.—Como meio preventivo da febre amarella, as rigorosas quarentenas devem ser abolidas.

XIII.—Quando o navio for suspeito bastará que se empreguem os desinfectantes.

XIV.—Os desinfectantes mais empregados são—a agua de Labarraque, o bisulphito de cal, a cal, o acido sulphuroso, o acido phenico, etc., todos com o fim de destruirem o principio productor d'estas enfermidades.

SECÇÃO ACCESSORIA

Do infanticidio considerado sob o ponto de vista medico-legal

PROPOSIÇÕES

I.—Infanticidio é a morte de um recem-nascido.

II.—Os medicos legistas ainda não estão de accordo no que seja um recem-nascido.

III.—Não póde haver infanticidio sem que intervenha a vontade, e sem que o menino tenha vivido.

IV.—Diz-se que um menino tem vivído, se elle tem respirado.

V.—A viabilidade ou não viabilidade do menino, não deve influir na distincção do crime.

VI.—O exame da pelle, cabeça, cordão umbillical e grosso intestino; devem-nos esclarecer sobre o recem-nascimento.

VII.—Uma putrefacção toda especial denuncia que a morte do menino deu-se na cavidade uterina.

VIII.—A prova docimasica é o meio mais racional que induz o medico a affirmar que o recem-nascido viveu.

IX.—É impossivel ao medico legista dizer com exactidão o tempo que o recem-nascido viveu.

X.—O exame anatomico do recem-nascido póde indicar a causa productora do infanticidio.

XI.—Em um caso medico-legal, é de grande importancia, a presença e o exame minucioso da mãi infanticida.

XII.—A miseria e a escravidão são os meios mais potentes do infanticidio.

XIII.—A educação moral e religiosa são os meios mais efficazes de sua remoção.

XIV.—Para a decisão de similhantes questões, o medico legista, cerrando ouvidos á qualquer consideração, só deve ter em vista—a gloria da sciencia e a tranquillidade de sua consciencia.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experiencia fallax, judicium difficile.

(*Sect. 1.ª, Aphor. 1.º*)

II

In febribus spiritus offendens, malum: convulsionem enim significat.

(*Sect. 4.ª, Aphor. 68.*)

III

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catharros inducunt.

(*Sect. 5.ª, Aphor. 24.*)

IV

A singultu detento, sternutationes supervenientes solvunt singultum.

(*Sect. 6.ª, Aphor. 13.*)

V

Hidropicis tussis superveniens, malum.

(*Sect. 6.ª, Aphor. 35.*)

VI

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes.

(*Sect. 6.ª, Aphor. 54.*)

Bahia—Typographia de J. G. Tourinho—1871.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 9 de Agosto de 1871.

Dr. Cincinato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 10 de Agosto de 1871.

Dr. Demetrio.

Dr. Moura.

Dr. V. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 29 de Setembro de 1871.

Dr. Magalhães

Vice-Director.